

SINDROME DE PARSONAGE TURNER

-En periodo postparto-

MARIA GARRALDA DEL VILLAR, DAVID RODRÍGUEZ PAOLOMO, JUAN APELLÁNIZ ANTÓN, MIGUEL SANCHEZ RUIZ
DE GORDOA, LEYRE AZCONA SALVATIERRA

OBJETIVO

Presentar el caso de una paciente con un síndrome de Parsonage Turner en periodo de post parto.

RESULTADOS

Actualmente, acude a consultas de revisión con persistencia de insuficiencia escapular derecha, pero mejoría de la abducción. No presenta dolor, ni parestesias. No toma medicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 35 años que, al tercer mes de un parto eutócico, sin complicaciones, comenzó con un dolor repentino neuropático en el brazo derecho que se resolvió tras 3 semanas.

Seguidamente comenzó con dolor en el brazo izquierdo irradiado a la región proximal de antebrazo que cedió tras 3 semanas. De forma continuada comenzó con un cuadro de debilidad para la extensión de dedos y muñeca izquierda que, nuevamente, se resolvió en 4 semanas.

Tras 3 meses desde el inicio de los síntomas (6 meses postparto) se valoró en consulta a la paciente por presentar una pérdida en la abducción derecha. El balance articular del hombro derecho era de una anteversión de 170° y una abducción de 165°. Presentaba una fuerza en el deltoides derecho de: 4/5 y se objetivaba una clara escápula alada.

Tras el estudio neurofisiológico se objetivó una afectación parcial del nervio torácico largo derecho y en menor grado del supraescapular derecho. La paciente fue diagnosticada de un síndrome de Parsonage Turner Postparto bilateral iniciando tratamiento fisioterápico

CONCLUSIONES

El síndrome de Parsonage-Turner es un trastorno neurológico infrecuente, conocido igualmente como, neuritis braquial aguda. Los pacientes presentan, generalmente, una omalgia aguda con o sin afectación de la fuerza de dicha extremidad. Se desconoce la etiopatogenia, pero se ha asociado a procesos autoinmunes o víricos. Es más frecuente en hombres y presentan generalmente una clínica unilateral, aunque hasta el 33% de los pacientes presentan una clínica bilateral. El diagnóstico del mismo deriva de la clínica, exploración y pruebas complementarias como la resonancia y la electromiografía. La resonancia muestra imágenes de denervación muscular, como la hiperintensidad en T2 en el plano muscular. La electromiografía evidencia datos de denervación del plexo braquial, principalmente con afectación del nervio supraescapular. Se trata de una entidad autolimitada que suele ceder en meses o años. El tratamiento principal es el control del dolor



Limitación para la abducción con escápula alada derecha



1 año después presenta una recuperación quasi completa de escápula alada y abducción completa.